

## ALLEGATO "A"

Alla Azienda USL Toscana nord ovest  
UOC Acquisizione Risorse da  
Convenzioni Uniche Nazionali  
Via Cocchi 7/9- Ospedaletto Pisa

PEC : direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

RIF.: **EST 2025**

### DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER INCARICHI PROVVISORI E A TEMPO DETERMINATO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST PER L'ANNO 2025 (Dichiarazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, laureato/a in Medicina e  
Chirurgia il \_\_\_\_\_, con la votazione di \_\_\_\_\_, abilitato/a in  
data \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Ordine dei Medici di  
\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,  
codice fiscale \_\_\_\_\_, cod. regionale (eventuale)  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_,  
domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_, tel.  
\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, e-mail  
\_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**di essere inserito/a nella graduatoria aziendale annuale di disponibilità per incarichi provvisori e a tempo determinato di Emergenza Sanitaria Territoriale per l'anno 2025.**

**Inoltre dichiara di essere interessato a svolgere la propria attività presso i seguenti ambiti (indicare con una "x" la/e voce/i di interesse):**

- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 1 di Massa e Carrara
- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 2 di Lucca
- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 5 di Pisa
- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 6 di Livorno (esclusa Isola d'Elba)
- ☐ l'ambito territoriale dell' Isola d'Elba

- ☐ l'ambito territoriale della ex Azienda Usl 12 Viareggio

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 ),

### DICHIARA

*(barrare e compilare la/e voce/i che interessano)*

- di essere inserito/a nella graduatoria regionale per l'anno 2025 alla posizione n. \_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_;
- di aver acquisito l'attestato DEU il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con il numero \_\_\_\_\_
- di aver acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a a corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto/a al corso di formazione in medicina generale dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di aver acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994;
- di essere titolare di borsa di studio in \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere assegnatario/a di Dottorato di ricerca retribuito \_\_\_\_\_ (sì/no) presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

- altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Fa presente che ogni comunicazione relativa a questa domanda dovrà essere inoltrata al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):

\_\_\_\_\_

indirizzo posta elettronica \_\_\_\_\_

indirizzo PEC \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Dichiara, infine, di essere consapevole e di accettare espressamente:

- che la graduatoria sarà pubblicata sul sito [www.uslnordovest.toscana.it](http://www.uslnordovest.toscana.it) unitamente ai nominativi degli esclusi e relativa sintetica motivazione;
- che il termine di scadenza dell'avviso è tassativo e farà fede, per le domande, la data di ricezione per la trasmissione a mezzo PEC, che l'Azienda non risponde di eventuali ritardi imputabili ai servizi telematici;
- di impegnarsi a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopra dichiarate.

Luogo e data

Firma leggibile (\*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
(\*) **ATTENZIONE:** La domanda, pena esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un suo documento di identità in corso di validità.